

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN A. H.
YANG MENDERITA ANEMIA DI RUANG KOMODO
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”



OLEH
SRIYATI OCTOVIANA OLANG
NIM: PO.530320116374

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN A. H.
YANG MENDERITA ANEMIA DI RUANG KOMODO
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



OLEH
SRIYATI OCTOVIANA OLANG
NIM: PO.530320116374

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Sriyati Octoviana Olang NIM: PO.530320116374 dengan judul "Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. A. H. Yang Menderita Anemia Di Ruang Komodo RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG" telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk diujikan didepan team penguji.

Kupang, 12 Juni 2019

Pembimbing



Maria Agustina Making, S.Kep., Ns, M.Kep.

NIDN : 0814088802

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH
"ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN A. H.
YANG MENDERITA ANEMIA DI RUANG KOMODO
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG"

Disusun Oleh :



Srivati Octoviana Olang
NIM: PO.530320116374

Telah Diuji Pada Tanggal, 12 Juni 2019
Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep
NIP: 198106302005012001

Penguji II



Maria Agustina Making, S.Kep. Ns, M.Kep
NIDN : 0814088802

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP : 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 190707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN


Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sriyati Octoviana Olang
NIM : PO.530320116374
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 12 Juni 2019

Pembuat Pernyataan


Sriyati Octoviana Olang
NIM: PO.530320116374

**Mengetahui
Pembimbing**


Maria Agustina Making, S.Kep., Ns, M.Kep.
NIDN : 0814088802

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Sriyati Octoviana Olang
Tempat tanggal lahir : Kupang, 15 Oktober 1968
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Helong Raya, RT/RW 008/004, Desa
Bolok, Kec. Kupang Barat, Kab. Kupang,
NTT
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD GMIT Kuanino 3 Kupang Tahun 1982
2. Tamat SMP Negeri 3 Kupang Tahun 1985
3. Tamat Sekolah Perawat Kesehatan Kupang Tahun 1988
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“ Belajar Dari Kemarin, Hidup Untuk Hari Ini, Berharap Untuk Hari Esok
Dan
Yang Terpenting Adalah Jangan Sampai Berhenti Bertanya”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. H. DENGAN ANEMIA DI RUANG KOMODO RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Maria Agustina Making, S.Kep., Ns, M.Kep., selaku pembimbing dan penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ns. Emilia Erningwati, S.Kep., M.Kep., selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan yang telah meluangkan waktu, dan memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
5. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada

penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

8. Ibu Falentina S. Amina, S.Kep., Ns, selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
9. Seluruh Perawat dan tenaga kesehatan lainnya di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang telah membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
10. Suamiku tercinta, Barnabas Konis, dan anak-anakku tersayang (Lily, Thedis, Putra, Erick) yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Teman - teman angkatan 2016 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini selanjutnya.

Kupang, 01 Juni 2019

Penulis

Abstrak

Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. H. yang Menderita Anemia di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Sriyati Octoviana Olang

Salah satu manifestasi klinis dari suatu penyakit yang sering terjadi di masyarakat. Anemia juga merupakan suatu kondisi dimana kadar hemoglobin (HB) dalam darah berada dibawah batas normal. Dampak dari adanya anemia yaitu terjadinya gagal jantung kongesti otot jantung yang anoksik tidak dapat beradaptasi terhadap beban kerja jantung yang meningkat. Tujuan penelitian ini yaitu mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia. Sampel dalam penelitian ini adalah satu orang pasien (Tn. A. H.) dengan anemia.

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa dalam pengkajian yang ditemukan pada pasien yaitu pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama pusing dan lemah. Saat pengkajian pasien Nampak lemah dan pucat, CRT >3 detik, pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri (dibantu oleh keluarga dan perawata). Selain itu pasien juga mengeluh mual, muntah dan tidak ada nafsu makan. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan diantaranya : 1) ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, 2) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, 3) intoleransi aktivitas. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa 1 : 1) monitor tanda-tanda vital, 2) monitor jalannya transfuse darah, 3) monitor reaksi pasien selama pemasangan trnsfusi darah. Diagnosa 2 : 1) berikan makanan hangat sedikit tapi sering, 2) beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 3) bantu dan temani pasien saat makan. 4) monitor mual dan muntah. Diagnosa 3 : 1) monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 2) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Implementasi keperawatan yang sudah dilaksanakan, untuk diagnosa 1 : 1) memonitor tanda-tanda vital, 2) memonitor jalannya transfuse darah, 3) memonitor reaksi pasien selama pemasangan trnsfusi darah. Diagnosa 2 : 1) berikan makanan hangat sedikit tapi sering, 2) memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 3) membantu dan menemani pasien saat makan. 4) memonitor mual dan muntah. Diagnosa 3 : 1) memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 2) memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Evaluasi keperawatan : perfusi jaringan perifer sebagian efektif dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi sebagian dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum terpenuhi, dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan.

Kesimpulan : petugas kesehatan dalam hal ini peran perawat menerapkan proses keperawatan secara optimal kepada pasien dan perlu membantu edukasi kepada pasien tentang anemia dan perawatan sehingga kualitas pelayanan dapat ditingkatkan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Anemia

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata Penulis.....	iv
Pernyataan Keaslian Tulisan	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.3 Manfaat Studi Kasus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar Anemia	5
2.1.1 Pengertian anemia.....	5
2.1.2 Klasifikasi anemia	5
2.1.3 Etiologi anemia.....	6
2.1.4 Pathway anemia.....	7
2.1.5 Manifestasi anemia	8
2.1.6 Komplikasi anemia	8
2.1.7 Pemeriksaan diagnostik anemia.....	9
2.1.8 Manajemen terapi anemia.....	9
2.1.9 Pencegahan penyakit anemia.....	10
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	11
2.2.1 Pengkajian	11
2.2.2 Diagnosa keperawatan	12
2.2.3 Intervensi keperawatan	13
2.2.4 Implementasi keperawatan	21
2.2.5 Evaluasi keperawatan	22
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	26
3.1 Hasil Studi Kasus	26
3.1.1 Pengkajian	26
3.1.2 Analisa data	28
3.1.3 Diagnosa keperawatan.....	29
3.1.4 Intervensi keperawatan.....	30
3.1.5 Implementasi keperawatan	32
3.1.6 Evaluasi keperawatan	36
3.2 Pembahasan	39

3.2.1 Pengkajian	39
3.2.2 Diagnosa keperawatan	40
3.2.3 Intervensi keperawatan	42
3.2.4 Implementasi keperawatan	43
3.2.5 Evaluasi keperawatan	45
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	46
BAB 4 PENUTUP	47
4.1 Kesimpulan	47
4.2 Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	50
LAMPIRAN	51

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anemia merupakan salah satu manifestasi klinis/tanda dan gejala yang paling sering dijumpai di masyarakat. Di Inggris bentuk ini relative sering ditemukan dibandingkan dengan bentuk lainnya, anemia akibat kelainan kongenital seperti talasemia, dan infeksi seperti malaria jarang ditemukan. Defisiensi besi paling sering memberikan gambaran darah yang mikrositik hipokromik, yang lain akibat talasemia, dan anemia sideroblastik (jarang) terutama di negara sedang berkembang termasuk Indonesia. Anemia adalah penyakit darah yang sering ditemukan. Beberapa anemia memiliki penyakit dasarnya. Anemia bisa diklasifikasikan berdasarkan bentuk atau morfologi sel darah merah, etiologi yang mendasari dan penampakan klinis (Mansjoer, Arif. 2005).

Besi merupakan suatu kebutuhan yang diperlukan oleh tubuh. Besi juga merupakan elemen yang paling sering ditemukan pada kerak bumi. Deposit besi yang lebih pada jaringan, yang bersifat toksik akan menyebabkan kerusakan miokardium, pankreas terutama hati.

Sepanjang tubuh manusia tidak mempunyai metode aktif untuk ekskresi besi, kandungan besi sebagian besar dikontrol oleh absorpsinya. Ketidakmampuan tubuh untuk mengekskresi besi, karena kemampuan untuk mengabsorpsi besi terbatas, dan cenderung peningkatan hilangnya besi akibat perdarahan, yang kelihatannya akan menyebabkan keseimbangan besi yang negative dan terjadi defisiensi besi. Kebutuhan besi tiap hari adalah pria dewasa 1,0 mg, anak-anak 1,5 mg, wanita hamil 1,5-3 mg dan wanita menstruasi 2,0 mg (Ngastiyah, 2012).

Menurut data epidemiologi, prevalensi tertinggi ditemukan pada akhir masa bayi dan awal masa kanak-kanak diantaranya karena terdapat defisiensi besi saat kehamilan dan percepatan tumbuh masa kanak-kanak yang disertai rendahnya asupan besi dari makanan, atau karena penggunaan susu formula

dengan kadar besi kurang. Kekurangan zat besi sangat mempengaruhi fungsi kognitif, tingkah laku dan pertumbuhan seorang bayi. Besi juga merupakan sumber energi bagi otot sehingga mempengaruhi ketahanan fisik dan kemampuan bekerja terutama pada remaja.

Bila kekurangan zat besi terjadi pada masa kehamilan maka akan meningkatkan risiko bayi premature dan berat badan bayi lahir rendah (BBLR). Dampak yang terjadi pada pasien anemia defisiensi besi antara lain bayi, menghambat fungsi motorik normal (aktivitas dan gerak tubuh) dan fungsi kecerdasan, pada anak-anak dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh sehingga terlihat lemah, lelah, letih, lesu, menurunnya daya pikir, mata berkunang-kunang, berkurangnya daya tahan tubuh. Selain itu pada dampak bagi remaja yaitu terganggunya pertumbuhan dan perkembangan, kelelahan, meningkatkan kerentanan terhadap infeksi, menurunkan fungsi dan daya tahan tubuh, dan menghambat proses menstruasi bagi remaja perempuan. Demikian juga hal ini bisa terjadi pada orang dewasa dimana dapat menimbulkan kelelahan, mual, diare, sakit kepala, penyakit jantung, dan nyeri sendi. (Smeltzer, Suzanne C. 2001).

Komplikasi dari adanya anemia diantaranya, gagal jantung kongesti dapat terjadi karena otot jantung yang anoksik tidak dapat beradaptasi terhadap beban kerja jantung yang meningkat. Selain itu dispnea, nafas pendek dan cepat lelah waktu melakukan aktivitas jasmani merupakan manifestasi berkurangnya pengurangan oksigen (Price & Wilson, 2006). Selain itu, menurut Nelson (2009) komplikasi dari anemia antara lain : perdarahan, infeksi organ, gagal jantung, parestesia dan kejang.

Data yang diambil dari Ruangan Komodo, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang menggambarkan bahwa jumlah kasus anemia yang dirawat selama periode bulan Februari 2019-April 2019 sebanyak 24 orang. Dengan melihat data diatas dapat disimpulkan bahwa masih banyak penderita yang mengalami penyakit anemia, oleh karena itu penulis sangat tertarik mengambil kasus tersebut untuk melakukan studi kasus

dalam memenuhi tugas akhir program pada Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat mengetahui konsep dasar teori dan asuhan keperawatan serta mengaplikasikannya pada pasien dengan anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3 Manfaat Studi kasus

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan hasil Karya Tulis Ilmiah ini untuk membuktikan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien yang menderita penyakit anemia, sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan anemia.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan anemia.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan anemia.

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan anemia.

4. Bagi Pasien

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep dasar Anemia

2.1.1 Pengertian Anemia

Anemia dalam bahasa Yunani : anaimia yang artinya Av-an (tidak ada) dan haima (darah), tidak ada darah. Anemia atau kurang darah adalah keadaan saat jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada dibawah normal. Sel darah merah mengandung hemoglobin yang memungkinkan mereka mengangkut oksigen dari paru-paru dan mengantarkannya ke seluruh bagian tubuh (Hadianah & Suprpto, 2014).

Defisiensi besi paling sering memberikan gambaran darah yang mikrositik hipokromik, yang lain akibat talasemia, dan anemia sideroblastik (jarang) terutama di negara sedang berkembang termasuk Indonesia. Penyakit ini disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh penderita. Diperkirakan 30% populasi dunia menderita anemia defisiensi besi, kebanyakan dari jumlah tersebut ada di negara berkembang. (J. C.E. Underwood, 2009).

2.1.2 Klasifikasi Anemia

Tabel 1 : Klasifikasi anemia (Smelzer & Suzanne C, 2001)

JENIS	PENYEBAB
Anemia akibat kegagalan produksi	
Defisiensi hematinik	Besi Vitamin b 12 atau asam folat
Diseritropoiesis	Anemia sideroblastik Anemia refraktori Anemia pada kelainan kronis
Meningkatnya eritrosit yang hilang, lisis, atau pengumpulan	
Kehilangan darah yang akut	Membran yang cacat misalnya sferositosis heriditer.
Hemolisis akibat sel darah merah yang	Enzim yang cacat misalnya defisiensi

abnormal	piruvatkinase
	Hemoglobinopati misalnya talasemia, “sickle”
	Paroksimal nocturnal hemoglobinuria
	Anemia imun hemolitik
Hemolisis akibat kelainan diluar sel darah merah	Hemolitik mikroangiopatik
Hipersplenisme	Obat, toksin dan bahan kimia
	Parasit

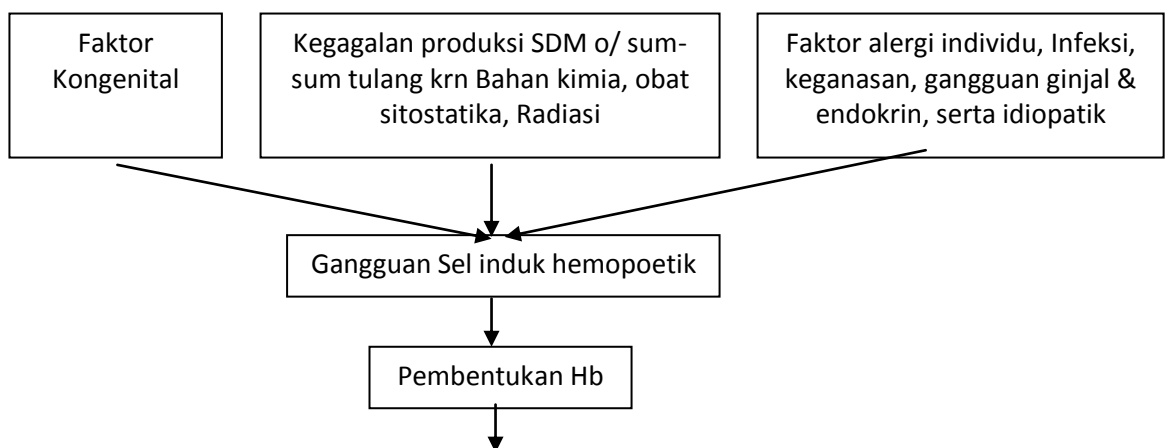
2.1.3 Etiologi Anemia

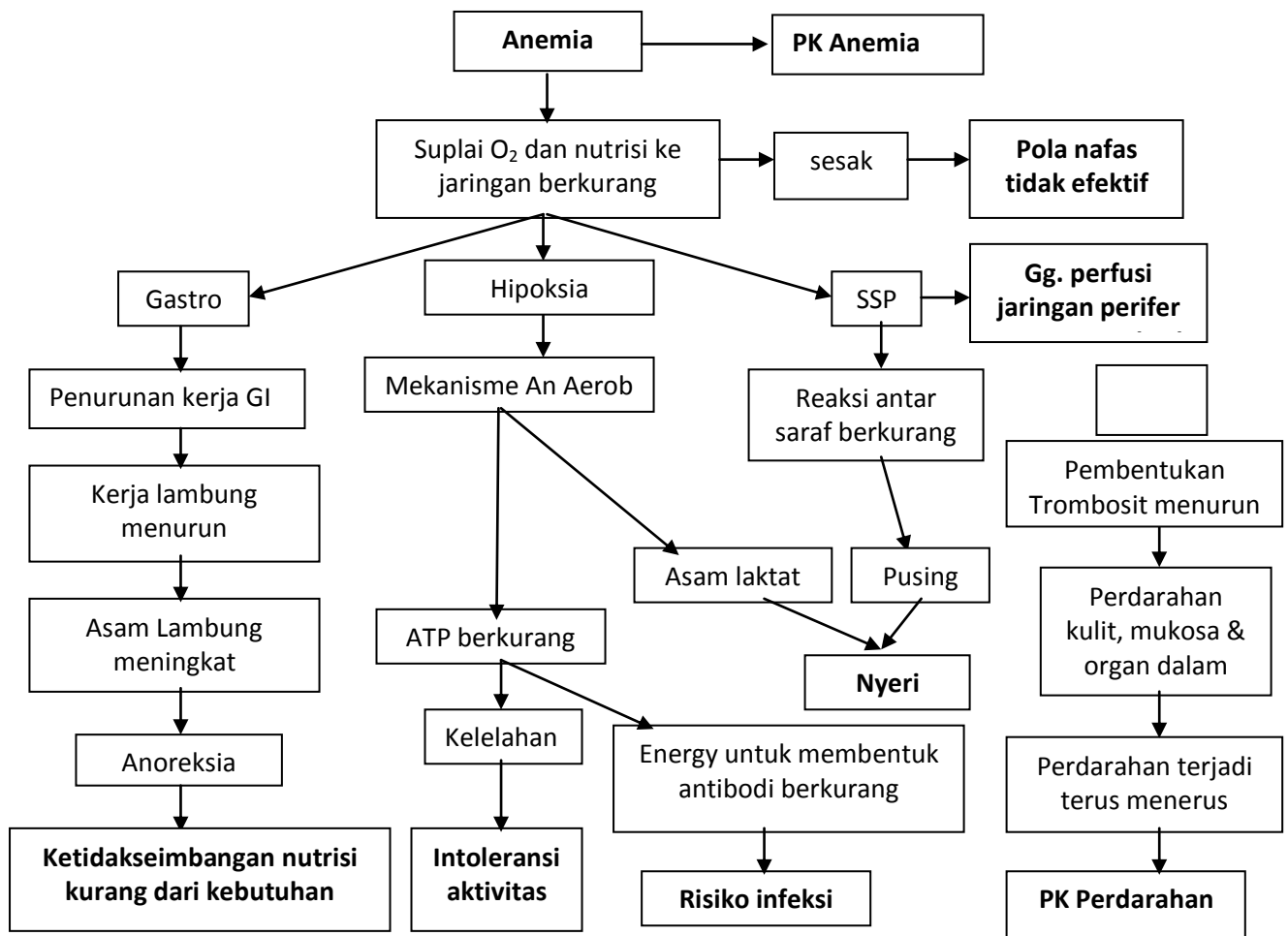
Penyebab umum dari anemia antara lain kekurangan zat besi, perdarahan usus, perdarahan, genetic, kekurangan vitamin B12, kekurangan asam folat dan gangguan sumsum tulang (Mansjoer, 2005).

Secara garis besar anemia dapat disebabkan karena :

1. Peningkatan destruksi eritrosit, contohnya pada penyakit gangguan system imun, dan talasemia.
2. Penurunan produksi eritrosit, contohnya pada penyakit anemia aplastik, kekurangan nutrisi
3. Kehilangan darah dalam jumlah besar, contohnya akibat perdarahan akut, perdarahan kronis, menstruasi, ulserasi kronis dan trauma.

2.1.4 Pathway Anemia





(Sumber : Mansjoer, A. 2005)

2.1.5 Manifestasi Klinis Anemia

Tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien dengan anemia antara lain :

1. Lemah dan mudah lelah
2. Granulositopenia dan leukositopenia menyebabkan lebih mudah terkena infeksi bakteri
3. Trombositopenia menimbulkan perdarahan mukosa dan kulit
4. Pucat
5. Pusing

6. Anoreksia
7. Peningkatan tekanan sistolik
8. Takikardia
9. Penurunan pengisian kapiler
10. Sesak
11. Demam
12. Purpura
13. Petekie
14. Hepatosplenomegali
15. Limfadenopati (Tierney,dkk.2003.Hal:95)

2.1.6 Komplikasi Anemia

Anemia juga menyebabkan daya tahan tubuh berkurang. Akibatnya, penderita anemia akan mudah terkena infeksi. Gampang batuk-pilek, gampang flu, atau gampang terkena infeksi saluran napas, jantung juga menjadi gampang lelah, karena harus memompa darah lebih kuat. Pada kasus ibu hamil dengan anemia, jika lambat ditangani dan berkelanjutan dapat menyebabkan kematian, dan berisiko bagi janin. Selain bayi lahir dengan berat badan rendah, anemia bisa juga mengganggu perkembangan organ-organ tubuh, termasuk otak. Anemia berat, gagal jantung kongesti dapat terjadi karena otot jantung yang anoksik tidak dapat beradaptasi terhadap beban kerja jantung yang meningkat. Selain itu dispnea, nafas pendek dan cepat lelah waktu melakukan aktivitas jasmani merupakan manifestasi berkurangnya pengurangan oksigen (Price &Wilson, 2006)

Selain itu, menurut Nelson (2009) komplikasi dari anemia antara lain :

1. Perdarahan
2. Infeksi organ
3. Gagal jantung
4. Parestesia
5. Kejang

2.1.7 Pemeriksaan diagnostic Anemia

Berbagai uji hematologis dilakukan untuk menentukan jenis dan penyebab anemia. Uji tersebut meliputi :

1. Kadar hemoglobin dan hemotokrit
2. Indeks sel darah merah
3. Penelitian sel darah putih
4. Kadar besi serum
5. Pengukuran kapasitas iktan-besi
6. Kadar Folat
7. Vitamin B12
8. Hitung trombosit
9. Dan biopsy sumsum tulang dapat dilakukan (Smeltzer & Barre, 2002).

2.1.8 Manajemen Terapi Anemia

Terapi langsung ditujukan pada penyebab anemia, dapat berupa :

1. Transfusi darah.
2. Pemberian kortikosteroid atau obat-obat lain yang dapat menekan sistem imun.
3. Pemberian eritropoietin, hormon yang berperang pada proses hematopoiesis, berfungsi untuk membentuk sumsum tulang pada proses hematopoiesis.
4. Pemberian suplemen besi, vitamin B12, vitamin-vitamin dan mineral lain yang dibutuhkan.

Akibat dari anemia adalah transportasi sel darah merah akan terganggu dari jaringan tubuh si penderita anemia akan mengalami kekurangan oksigen guna menghasilkan energy. Maka tidak mengherankan jika gejala anemia ditunjukkan dengan gejala cepat lelah, pucat, gelisah dan terkadang sesak. Serta ditandai dengan warna pucat di beberapa bagian tubuh seperti lidah dan kelopak mata. (Hadianah & Suprpto, 2014).

2.1.9 Pencegahan Penyakit Anemia

Banyak jenis anemia tidak dapat dicegah. Tapi dapat membantu menghindari anemia defisiensi besi (*iron deficiency anemias*) dan anemia defisiensi vitamin dengan makanan sehat yang mengandung :

1. Zat Besi

Dapat ditemukan pada daging. Jenis lain adalah kacang, sayuran berwarna hijau gelap, buah yang dikeringkan, dan lain-lain. Makanan yang mengandung zat besi penting untuk mereka yang membutuhkan zat besi tinggi seperti pada anak-anak, wanita menstruasi dan wanita hamil. Zat besi yang cukup juga penting untuk bayi, vegetarian (orang yang hanya makan dari tumbuh-tumbuhan dan tidak dari daging) dan atlet.

2. Folat

Dapat ditemukan pada jeruk, pisang, sayuran berwarna hijau gelap, kacang-kacangan, sereal dan pasta.

3. Vitamin B12

Vitamin ini banyak terdapat pada daging dan susu.

4. Vitamin C

Vitamin C membantu penyerapan zat besi. Makanan yang mengandung vitamin C antara lain jeruk, melon dan buah strawberi (Mansjoer, A. 2005).

2.2 Konsep dasar Asuhan Keperawatan Anemia

2.2.1 Pengkajian

1. Primer Assesment

- a. Biodata pasien, terdiri dari : nama : (Tn. Ny. An.), umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, alamat, no. RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis, nama penanggungjawab

- b. Data subjektif

- 1) Riwayat penyakit saat ini: pingsan secara tiba-tiba atau penurunan kesadaran, kelemahan, keletihan berat disertai nyeri kepala, demam, penglihatan kabur, dan vertigo.

2) Riwayat sebelumnya : gagal jantung, dan/atau perdarahan massif.

c. Data objektif

1) Airway : tidak ada sumbatan jalan napas (obstruksi)

2) Breathing : sesak sewaktu bekerja, dispnea, takipnea, dan orthopnea

3) Circulation :

CRT > 2 detik, takikardi, bunyi jantung murmur, pucat pada kulit dan membrane mukosa (konjunktiva, mulut, faring, bibir) dan dasar kuku. (catatan: pada pasien kulit hitam, pucat dapat tampak sebagai keabu-abuan), kuku mudah patah, berbentuk seperti sendok (clubbing finger), rambut kering, mudah putus, menipis, perasaan dingin pada ekstremitas.

4) Disability (status neurologi)

5) Sakit/nyeri kepala, pusing, vertigo, tinnitus, ketidak mampuan berkonsentrasi, insomnia, penglihatan kabur, kelemahan, kelelahan berat, sensitif terhadap dingin.

2. Sekunder Assessment

a. Exposure

Tidak ada jejas atau kontusio pada dada, punggung, dan abdomen.

b. Five intervention

Hipotensi, takikardia, dispnea, ortopnea, takipnea, demam, hemoglobin dan

hematokrit menurun, hasil lab pada setiap jenis anemia dapat berbeda. Biasanya hasil lab menunjukkan jumlah eritrosit menurun, jumlah retikulosit bervariasi, misal : menurun pada anemia aplastik (AP) dan meningkat pada respons sumsum tulang terhadap kehilangan darah/hemolisis.

c. Give comfort

Adanya nyeri kepala hebat yang bersifat akut dan dirasakan secara tiba-tiba, nyeri yang dialami tersebut hilang timbul.

d. Head to toe

1) Daerah kepala : konjunktiva pucat, sclera jaundice.

2) Daerah dada :

Tidak ada jejas akibat trauma, bunyi jantung murmur, bunyi napas wheezing.

3) Daerah abdomen : splenomegali

4) Daerah ekstremitas : penurunan kekuatan otot karena kelemahan,

clubbing finger (kuku sendok), perasaan dingin pada ekstremitas.

e. Inspect the posterior surface

Tidak ada jejas pada daerah punggung. (Price & Wilson, 2006)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan (NANDA 2015-2017)

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan O₂ ke otak ditandai dengan penurunan kesadaran, nyeri kepala
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dispneu, takikardia
3. PK Anemia
4. PK Perdarahan
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan mual-muntah, anoreksia, penurunan BB $\geq 20\%$
6. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan.
8. Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan)

2.2.3 Intervensi Keperawatan (NOC & NIC Edisi 8)

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan O₂ ke otak ditandai dengan penurunan kesadaran, nyeri kepala

NOC :

1. Circulation status (Status Sirkulasi)
2. Tissue Prefusion : Cerebral (Perfusi Jaringan : Serebral)

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
 - a. Tekanan systole dandiaistole dalam rentang yang diharapkan
 - b. Tidak ada ortostatikhipertensi
 - c. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
2. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
 - a. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
 - b. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
 - c. Memproses informasi
 - d. Membuat keputusan dengan benar
3. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter

NIC : Intrakranial Pressure (ICP) Monitoring (Monitor tekanan intrakranial)

1. Berikan informasi kepada keluarga
2. Set alarm
3. Monitor tekanan perfusi serebral
4. Catat respon pasien terhadap stimuli
5. Monitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurology terhadap aktivitas
6. Monitor jumlah drainage cairan serebrospinal
7. Monitor intake dan output cairan
8. Restrain pasien jika perlu
9. Monitor suhu dan angka WBC
10. Kolaborasi pemberian antibiotik

11. Posisikan pasien pada posisi semifowler
12. Minimalkan stimuli dari lingkungan

NIC : Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)

1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
2. Monitor adanya paretese
3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi
4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi
5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
6. Monitor kemampuan BAB
7. Kolaborasi pemberian analgetik
8. Monitor adanya tromboplebitis
9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

Diagnosa 2 : Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dispneu, takikardial

NOC :

1. Respiratory status : Ventilation (Status Respirasi : Ventilasi)
2. Respiratory status : Airway patency (Status Respirasi : Patensi Jalan Napas)
3. Vital sign Status (status TTV)

Outcome/kriteria Hasil :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

NIC :

Airway Management (Manajemen Jalan Napas)

1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi

3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
4. Pasang mayo bila perlu
5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu
6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
8. Lakukan suction pada mayo
9. Berikan bronkodilator bila perlu
10. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab
11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
12. Monitor respirasi dan status O₂

Terapi Oksigen

1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
2. Pertahankan jalan nafas yang paten
3. Atur peralatan oksigenasi
4. Monitor aliran oksigen
5. Pertahankan posisi pasien
6. Onservasi adanya tanda tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Diagnosa 3 : PK Anemia

NOC : Perawat dapat melakukan pencegahan untuk meminimalkan terjadinya anemia berkelanjutan.

Kriteria hasil/Outcome :

1. TTV dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 x/menit, suhu: 36-37,5°C, RR: 16-20 x/menit).
2. Konjungtiva berwarna merah muda.
3. Hb klien dalam batas normal (12-16 g/dL).
4. Mukosa bibir berwarna merah muda.
5. Klien tidak mengalami lemas dan lesu.

Intervensi:

1. Pantau tanda dan gejala anemia

- a. Adanya letargi
 - b. Adanya kelemahan
 - c. Keletihan
 - d. Peningkatan pucat
 - e. Dyspneu saat melakukan aktivitas
2. Monitor kadar Hb
 3. Kolaborasi perlunya pemberian transfusi

Diagnosa 4 : PK Perdarahan

NOC : Perawat dapat meminimalkan perdarahan dan mencegah komplikasi perdarahan

Outcome/kriteria hasil:

1. Nilai Ht dan Hb berada dalam batas normal (10-11 gr %)
2. Klien tidak mengalami episode perdarahan
3. Tanda-tanda vital berada dalam batas normal (RR = 12-20 x/menit, nadi = 60-100 x menit, TD dalam batas normal 120/80 mmHg).

NIC :

1. Kaji pasien untuk menemukan bukti-bukti perdarahan atau hemoragi.
Rasional:
dengan mengetahui adanya perdarahan maka perawat dapat memberikan intervensi lebih dini sehingga perdarahan yang berlebihan dapat dicegah dan tidak terjadi komplikasi.
2. Pantau hasil lab berhubungan dengan perdarahan. *Rasional:* untuk mengetahui komponen-komponen darah yang mengalami kelainan, sehingga dapat diketahui penyebab terjadinya perdarahan.
3. Lindungi pasien terhadap cedera dan terjatuh. *Rasional:* cedera atau terjatuh dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.
4. Siapkan pasien secara fisik dan psikologis untuk menjalani bentuk terapi lain jika diperlukan. *Rasional:* kesiapan pasien baik secara fisik dan psikologis dapat membantu memperlancar jalannya terapi.

Diagnosa 5 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan

mencerna makanan/absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan mual-muntah, anoreksia, penurunan BB \geq 20%

NOC :

1. Nutritional Status : Food and Fluid Intake (Status Nutrisi : Intake Makanan dan Cairan

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi
5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

NIC :

Nutrient Terapy (Terapi Nutrisi) :

1. Kaji status nutrisi klien.
2. Jaga kebersihan mulut, ajarkan oral hygiene pada klien/keluarga.
3. Kolaborasi pemberian nutrisi secara parenteral.
4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi setelah klien selesai diindikasikan untuk puasa.

Body Weigh Management/Manajemen Berat Badan :

1. Timbang berat badan klien secara teratur.
2. Diskusikan dengan keluarga klien hal-hal yang menyebabkan penurunan berat badan.
3. Pantau hasil laboratorium, seperti kadar serum albumin, dan elektrolit.

Vomiting Management (Manajemen Mual):

1. Dukung pasien untuk mempelajari strategi untuk manajemen mual.
2. Kaji frekuensi mual, durasi, tingkat keparahan, factor frekuensi, presipitasi yang menyebabkan mual.
3. Kontrol lingkungan sekitar yang menyebabkan mual.
4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi mual (relaksasi, guide imagery, distraksi).

Diagnosa 6 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala

NOC :

1. Pain Level,
2. Pain control,
3. Comfort level

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal

NIC : Pain Management

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
15. Tingkatkan istirahat
16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

Diagnosa 7 : Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan.

NOC :

1. Energy conservation (Konservasi energy)
2. Self Care : Activity Daily Livings (Perawatan Diri : Aktivitas Sehari-hari)

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri

NIC :

Energy Management (Manajemen Energi)

1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Dorong anak untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan
3. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
4. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
5. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
6. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
7. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

Activity Therapy

1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
11. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual

Diagnosa 8 : Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh sekunder leucopenia, penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan).

NOC : Immune Status (Status Imun), Knowledge : Infection control (Pengetahuan: control infeksi), Risk control (control infeksi)

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya,

3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
4. Jumlah leukosit dalam batas normal
5. Menunjukkan perilaku hidup sehat

2.2.4 Implementasi Keperawatan (NOC & NIC Edisi 8)

Implementasi merupakan suatu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien untuk itu diharapkan harus sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah dibuat.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa 1:

Perfusi jaringan serebral:

1. Tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
2. Tekanan darah sistolik normal (120 mmHg) (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
3. Tekanan darah diastolik normal (80 mmHg) (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
4. Tidak ada sakit kepala (*skala 5 = none/tidak ada*)
5. Tidak ada gelisah (*skala 5 = none*)
6. Tidak ada agitasi (*skala 5 = none*)
7. Tidak ada syncope (*skala 5 = none*)
8. Tidak ada muntah (*skala 5 = none*)
9. Tidak ada gangguan kognisi (*skala 5 = none/tidak ada*)

Diagnosa 2:

Status pernapasan: ventilasi

1. Kedalaman pernapasan normal (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
2. Tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)

3. Tidak tampak retraksi dinding dada (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

Tanda-tanda vital

1. Frekuensi pernapasan dalam batas normal (16-20x/mnt) (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

Diagnosa 3 :

- 1 TTV dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 x/menit, suhu: 36-37,5°C, RR: 16-20 x/menit).
- 2 Konjungtiva berwarna merah muda.
- 3 Hb klien dalam batas normal (12-16 g/dL).
- 4 Mukosa bibir berwarna merah muda.
- 5 Klien tidak mengalami lemas dan lesu.

Diagnosa 4 :

1. Nilai Ht dan Hb berada dalam batas normal (10-11 gr %)
2. Klien tidak mengalami episode perdarahan
3. Tanda-tanda vital berada dalam batas normal (RR = 12-20 x/menit, nadi = 60-100 x menit, TD dalam batas normal 120/80 mmHg).

Diagnosa 5 :

Status nutrisi:

1. Masukan nutrisi adekuat
2. Keparahan Nausea dan vomitting
 - a. Frekuensi nausea (skala 5 = *none*/tidak ada)
 - b. Intensitas nausea (skala 5 = *none*)
 - c. Frekuensi vomitting (skala 5 = *none*)
 - d. Intensitas vomitting (skala 5 = *none*)
 - e. Tidak terdapat darah dalam emesis (skala 5 = *none*/tidak ada)

Status nutrisi : hitung biokimia

1. Serum albumin dalam batas normal (3,4-4,8 gr/dL) (skala 5= *No deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

Diagnosa 6 :

Pain level (Level nyeri):

1. Klien tidak melaporkan adanya nyeri (skala 5 = *none*/ tidak ada)
2. Klien tidak merintih ataupun menangis (skala 5 = *none*)
3. Klien tidak menunjukkan ekspresi wajah terhadap nyeri (skala 5 = *none*)
4. Klien tidak tampak berkeringat dingin (skala 5 = *none*)
5. RR dalam batas normal (16-20 x/mnt) (skala 5 = *normal*)
6. Nadi dalam batas normal (60-100x/mnt) (skala 5 = *normal*)
7. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) (skala 5 = *normal*)

Pain control (Kontrol Nyeri):

1. Klien dapat mengontrol nyerinya dengan menggunakan teknik manajemen nyeri non farmakologis (skala 5 = *consistently demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan)
2. Klien dapat menggunakan analgesik sesuai indikasi (skala 5 = *consistently demonstrated* Secara konsisten ditunjukkan)
3. Klien melaporkan nyeri terkontrol (skala 5 = *consistently demonstrated*/ Secara konsisten ditunjukkan)

Diagnosa 7 :

1. Toleransi Aktivitas
 - a. Saturasi oksigen dalam rentang normal (>90%) (*skala 5= no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).
 - b. Tidak terjadi perubahan dalam warna kulit (*Skala 5 = None*/tidak ada)
2. *Fatigue Level*
 - a. Tidak terjadi penurunan motivasi beraktivitas (*Skala 5 = None*)
 - b. Tidak mengalami sakit kepala saat beraktivitas (*Skala 5 = None*)
2. *Self Care Status*
 - a. Klien mampu mandi, berpakaian, makan dan toileting secara mandiri (*Skala 5 = Consistently demonstrated*)
3. *Vital Sign dalam Batas Normal* (*skala 5= no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).
 - a. Suhu tubuh 36,5-37,5o C
 - b. Respirasi rate 16-20 x per menit
 - c. Tekanan darah 120/80 mmHg

d. Nadi 60-100 x per menit

Diagnosa 8 :

1. Tidak ada kemerahan (Skala 5 = *None/tida ada*)
2. Tidak terjadi hipertermia (Skala 5 = *None*)
3. Tidak ada nyeri (Skala 5 = *None*)
4. Tidak ada pembengkakan (Skala 5 = *None*)
5. Suhu dalam batas normal ($36,5^{\circ} - 37^{\circ}\text{C}$) (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).
6. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) (skala 5 = *no deviation from normal range*)
7. Nadi dalam batas normal (60-100 x/mnt) (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).
8. RR dalam batas normal (12-20 x/mnt) (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).
9. WBC dalam batas normal (4,6 – 10,2 k/ul) (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).
10. Klien mampu menyebutkan factor-faktor resiko penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan).
11. Klien mampu memonitor lingkungan penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*)
12. Klien mampu memonitor tingkah laku penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan).
13. Tidak terjadi paparan saat tindakan keperawatan (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan).

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3. 1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan data-data sebagai berikut, nama : Tn. A. H., tanggal lahir : 31 Maret 1961, umur : 58 tahun, jenis kelamin : laki-laki, diagnosa medis : Anemia, no RM : 41.54.63, pendidikan terakhir : SD, alamat : Kelurahan Sikumana, tgl MRS : 20 Mei 2019, pekerjaan : Sopir.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Ny. E. H., jenis kelamin : perempuan, alamat : Kelurahan Sikumana, pekerjaan : pekerja rumah tangga, hubungan dengan klien : istri.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pusing dan badan lemah

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak merasakan keluhan seperti ini, bisa melakukan pekerjaan dengan baik.

c. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan saat dikaji : pasien mengatakan badan lemah, pusing, tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah, tidak bisa melakukan pekerjaan sehari-hari karena lemas.

d. Riwayat penyakit sebelumnya

Keluhan saat dikaji : pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit seperti maupun penyakit lain. Pasien juga mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita

penyakit seperti ini, maupun penyakit yang lainnya.

Genogram Keluarga:

Pasien mengatakan ; ayahnya memiliki 5 bersaudara dari oma dan opa yang sudah almarhum dan almarhumah yaitu laki-laki 2 orang, perempuan 3 orang, dan ayahnya anak pertama dan sudah almarhum. Sedangkan ibunya memiliki 4 bersaudara dari oma dan opa yang sudah almarhum dan almarhumah yaitu laki-laki 2 orang, perempuan 2 orang, dan ibunya anak pertama juga sudah almarhum. Dari perkawinan ayah dan ibu mempunyai 6 orang anak yaitu laki-laki 4 orang dan perempuan 2 orang, dimana pasien anak ke-4. Saudara yang pertama sudah meninggal diwaktu masih remaja karena mengalami kecelakaan lalu lintas. Pasien juga mengatakan sejak dari opa dan oma keluarganya tidak pernah mengalami penyakit yang sama seperti yang dialaminya saat ini.

4. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6). Tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, CRT > 3 detik dan Skala aktivitas 3. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C. Berat badan saat ini 39 kg, berat badan sebelum sakit 47 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : $39 / (1,45 \times 1,47) = 39 / 2,1 : 18,5$, BBI (berat badan ideal) : $(145 - 100) - 10\% (145 - 100) : 41,5$ kg, dan status gizi menurut BBI termasuk gizi kurang baik.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah

Dilakukan pada tanggal 20 Mei 2019 antara lain :

- 1) HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%)

- 2) Kalium darah 7,1 % (nilai normal 3,5-4,5%)
- 3) RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %).
- 4) HCT : 25,1 % (nilai normal 40-54%).
- 5) Natrium darah $125 \text{ } 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $132-147 \text{ } 10^3/\text{ul}$).
- 6) Creatinin darah $11,33 \text{ } 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $0,81-1,44 \text{ } 10^3/\text{ul}$).
- 7) Ureum darah 565,4 mmol/L (nilai normal 16,8-43,4 mmol/L).
- 8) Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %).
- 9) Jumlah trombosit $114 \text{ } 10^3/\text{ul}$ (Nilai normalnya $150-400 \text{ } 10^3/\text{ul}$).

6. Terapi

Di ruangan Komodo, Tn. A. H. mendapatkan terapi infus NACL 500/24 jam, omeprazol 2 x 40 mg oral, metocloptamia 3 x 10 mg, Ceflyaxon 2 gram dalam Ns 100 cc (selama 74 jam) dan vitamin K 1 x 10 mg, transfuse darah (PRC).

3.1.2 Analisa Data

Data subjektif : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **Data Obyektif** : tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %), jumlah trombosit $114 \text{ } 10^3/\text{ul}$ (Nilai normalnya $150-400 \text{ } 10^3/\text{ul}$). **Etiologi** : penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Masalah keperawatan** : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

Data subyektif : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **Data obyektif** : pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat

badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. **Etiologi** : asupan makanan kurang/inadekuat. **Masalah keperawatan** : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Data subyektif : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **Data obyektif** : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas. **Etiologi** : ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Masalah keperawatan** : intoleransi aktivitas.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. Data subyektif: pasien mengatakan badan lemah dan pusing. Data Obyektif : tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %), jumlah trombosit 114 10³/ul (Nilai normalnya 150-400 10³/ul).
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan makanan kurang/inadekuat. Data subyektif : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. Data obyektif : pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. Data subyektif : Pasien mengatakan

tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. Data obyektif : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi (**NOC & NIC 2013, edisi kelima**). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada :

Diagnosa keperawatan 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Goal** : Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan perifer yang efektif selama dalam perawatan. **Obyektif** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer pasien efektif. **NOC : Domain 2** : kesehatan fisiologis, **Kelas E** : jantung paru, **Kode 0407** : perfusi jaringan perifer yaitu kecukupan aliran darah melalui pembuluh kecil di ujung kaki dan tangan, untuk mempertahankan fungsi jaringan, meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). **Kriteria Hasil** : 1) mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan, tidak ada ortostatikhipertensi, tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg). 2) mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan, menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, memproses informasi, membuat keputusan dengan benar. 3) menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter

NIC : Domain 2 : fisiologis kompleks, **Kelas N** : manajemen perfusi jaringan, **Kode 4030** : pemberian produk-produk darah, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Monitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 2) Monitor tetesan cairan infuse. 3) Rapiakan tempat tidur

pasien. 4) Hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 5) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 6) Layani cairan infuse NaCl 0,9% sebelum transfuse darah. 7) Layani transfuse darah. 8) Monitor adanya reaksi transfuse darah. 9) Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. 10) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 11) Kolaborasi pemberian terapi obat.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Goal :** pasien akan meningkatkan keseimbangan dan kebutuhan nutrisi selama dalam perawatan. **Obyektif :** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi. **NOC : Domain 2 :** kesehatan fisiologis. **Kelas K :** pencernaan & nutrisi. **Kode 1008 :** Status nutrisi : asupan makanan & cairan , yaitu : jumlah makanan dan cairan yang masuk kedalam tubuh lebih dari suatu periode 24 jam, meningkat dari 2 (sedikit adekuat) menjadi 4 (sebagian besar adekuat). **Kriteria Hasil :** adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda tanda malnutrisi, menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

NIC : Domain 1 : fisiologis dasar. **Kelas D :** dukungan nutrisi. **Kode 1100 :** Manajemen Nutrisi, yaitu menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang. **Kode 1260 :** manajemen berat badan. **Aktivitas-aktivitas :** 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3) hidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 6) Beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7) Atur posisi setengah duduk. 8) Bantu dan temani pasien saat makan. 9) Monitor lingkungan selama 10) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 11) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12) Monitor adanya penurunan berat badan. 13) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit.

14) Monitor mual dan muntah. 15) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Goal :** Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. **Obyektif :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas. **Domain 1 :** fungsi kesehatan. **Kelas A :** pemeliharaan kesehatan. **Kode 0005 :** toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). **Indikator/Outcome :** **000501 :** saturasi oksigen ketika beraktivitas, **000502 :** frekuensi nadi ketika beraktivitas, **000503 :** frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, **000508 :** kemudahan bernapas ketika beraktivitas, **000504 :** tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, **000505 :** tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, **000517 :** kekuatan tubuh bagian bawah. **NIC : Domain 1 :** fisiologis dasar. **Kelas L :** manajemen aktivitas dan latihan. **Kode 3550 :** manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi. **Aktivitas-aktivitas :** 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Bantu pasien dalam pemberian makan.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi

keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Price, S.A, 2006.).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.

Implementasi : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.15, Merapikan tempat tidur pasien. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi** : Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. Jam 11.50, Menganjurkan pasien konsumsi makanan rendah protein. Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.05, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.10, Memonitor adanya penurunan berat badan. 12.15, Memonitor , mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.20, Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood cell).

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Implementasi** : Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan

sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45, Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 12.50, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 13.00, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 13.05, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 13.10, Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Implementasi** : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.15, Merapikan tempat tidur pasien. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi** : Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makanan hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. Jam 11.50, Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah protei. Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Membantu dan menemani pasien saat

makan. Jam 12.05, Memonitor lingkungan selama makan. 12.30, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.35, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.40, Memonitor adanya penurunan berat badan makan. 12.45, Memonitor , mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.50, Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Implementasi :** Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45, Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 12.50, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 13.00, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 13.05, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 13.10, Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1 :** Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Implementasi :** Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.15, Merapikan tempat tidur pasien. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi :** Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. Jam 11.50, Menganjurkan pasien untuk konsumsi makanan rendah protein Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Membantu dan menemani pasien saat makan. Jam 12.05, Memonitor lingkungan selama 12.30, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.35, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.40, Memonitor adanya penurunan berat badan makan. 12.45, Memonitor , mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.50, Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Implementasi :** Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45, Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 12.50, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 13.00, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 13.05, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 13.10, Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan (Price, S.A, 2006,).

Evaluasi hari pertama tanggal 27 Mei 2019. **Diagnosa 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Jam 13.30, S** : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **O** : tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan.

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Jam 13.40, S** : Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **O** : Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-15 dilanjutkan.

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Jam 13.50, S** : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **O** : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua tanggal 28 Mei 2019 **Diagnosa 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Jam 13.30, S** : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **O** : tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok

makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan.

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Jam 13.45**, **S** : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **O** : Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 147 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-15 dilanjutkan.

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Jam 13.50**, **S** : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **O** : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga tanggal 29 Mei 2019. **Diagnosa 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplai oksigen berkurang. **Jam 13.30**, **S** : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **O** : tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %), jumlah trombosit $114 \times 10^3/\text{ul}$ (Nilai normalnya $150-400 \times 10^3/\text{ul}$). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan.

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Jam 13.45**, **S** : Pasien mengatakan tidak

ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **O** : Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 147 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-15 dilanjutkan.

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Jam 13.50**, **S** : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **O** : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 sampai dengan 29 Mei 2019 di ruangan Komodo RSUD Prof.DR. W.Z. Yohannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Price & Wilson (2006) pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Manurut Tierney,dkk (2003) tanda dan gejala anemia antara lain : lemah dan mudah lelah, ranulositopenia dan leukositopenia menyebabkan lebih mudah terkena infeksi bakteri, trombositopenia menimbulkan perdarahan mukosa dan kulit, pucat, pusing, anoreksia, peningkatan tekanan sistolik, takikardia,

penurunan pengisian kapiler, sesak, demam, purpura, ptetecie, hepatosplenomegali, limfadenopati.

Hasil pengkajian yang didapatkan adalah Tn. A. H. mengalami sakit yang sedang, dengan keluhan pasien mengatakan badan lemah dan pusing, tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah, tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. Tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %), jumlah trombosit $114 \times 10^3/\text{ul}$ (Nilai normalnya $150-400 \times 10^3/\text{ul}$). Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg

Berdasarkan teori dan kasus nyata diatas terdapat kesesuaian dan ketidaksesuaian antara teori dan kasus nyata. Kesesuaiannya yaitu lemah dan mudah lelah, ranulositopenia dan leukositopenia menyebabkan lebih mudah terkena infeksi bakteri, trombositopenia menimbulkan perdarahan mukosa dan kulit, pucat, pusing, anoreksia, peningkatan tekanan sistolik, penurunan pengisian kapiler, dan ketidaksesuaiannya yaitu : takikardia, , sesak, demam, purpura, ptetecie, hepatosplenomegali, limfadenopati.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah di kelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Mansjoer, Arif. 2005).

Sesuai dengan definisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan pada kasus anemia antara lain : 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan O₂ ke otak ditandai dengan penurunan kesadaran, nyeri kepala, 2) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dispneu, takikardia, 3) PK Anemia, 4) PK Perdarahan, 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan mual-muntah, anoreksia, penurunan BB $\geq 20\%$, 6) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala, 7) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan. 8) Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan)

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn A. H. yaitu: 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan makanan kurang/inadekuat. 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen.

Sedangkan masalah, 1) ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dispneu, takikardia, 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala, 3) Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan) tidak ditemukan pada kasus Tn. A. H., karena saat dikaji dan pemeriksaan fisik Tn. A. H. Pola napas efektif, tidak ada keluhan nyeri, dan jumlah lekosit normal.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan **NOC & NIC 2013 edisi kelima**, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. Pada kasus Tn A. H. dengan anemia, tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas. Tujuan dari masalah keperawatan 1 yaitu di harapkan perfusi jaringan perifer meningkat selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Monitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 2) Monitor tetesan cairan infuse. 3) Rapikan tempat tidur pasien. 4) Hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 5) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 6) Layani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 7) Layani transfuse darah. 8) Monitor adanya reaksi transfuse darah. 9) Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. 10) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 11) Kolaborasi pemberian terapi obat.

Tujuan dari masalah keperawatan 2 yaitu di harapkan kebutuhan nutrisi pasien meningkat selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3) hidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5) Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah protein 6) Beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7) Atur posisi setengah duduk. 8) Bantu dan temani pasien saat makan. 9) Monitor lingkungan selama 10) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 11) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12) Monitor adanya penurunan berat badan makan. 13) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor

kulit. 14) Monitor mual dan muntah. 15) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count)

Tujuan dari masalah keperawatan 3 yaitu di harapkan pasien akan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Bantu pasien dalam pemberian makan.

Menurut teori NOC & NIC (2013, edisi kelima), Rencana tindakan keperawatan, yang disusun berdasarkan prioritas masalah kesehatan yaitu masalah keperawatan utama ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Dengan demikian sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yang dialami oleh Tn. A. H. yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Price, S.A, 2006).

Pada hari senin, 27 Mei 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas pada Tn. A. H. dengan diagnosa medis Anemia yaitu :

Diagnosa keperawatan 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Implementasi** : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya

data awal, selama dan setelah transfuse. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.15, Merapikan tempat tidur pasien. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral sudah sesuai dengan intervensi yang ditentukan, reaksi pasien baik dan menerima semua tindakan yang diberikan sesuai dengan yang diharapkan.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi :** Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. Jam 11.50, Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah protein. Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.05, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.10, Memonitor adanya penurunan berat badan makan. 12.15, Memonitor mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.20, Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood cell). Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah sesuai dengan intervensi yang ditentukan, reaksi pasien baik dan menerima semua tindakan yang diberikan sesuai dengan yang diharapkan.

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. **Implementasi :** Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45, Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 12.50, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 13.00, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 13.05, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 13.10, Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan intoleransi aktivitas juga sesuai dengan intervensi yang ditentukan, dan menerima semua tindakan yang diberikan sesuai dengan yang diharapkan.

Menurut Price, S. A. (2006), Pelaksanaan keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini sesuai dengan tindakan keperawatan pada Tn A. H. dimana dalam pelaksanaan keperawatan semua intervensi yang sudah ditetapkan dilaksanakan berdasarkan prioritas masalah keperawatan utama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Price, S.A. (2006) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas. Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai teori dan sebagian tidak sesuai dengan teori. Yang sesuai dengan teori antara lain perfusi jaringan perifer sebagian efektif dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi sebagian. Sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu

ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, pasien merasa 8,5 gr/dl. Hal ini disebabkan karena penurunan suplay oksigen dalam darah yang belum tuntas penanganannya.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus ini hanya di lakukan pada 1 pasien saja tanpa harus membandingkan dengan klien yang lain dengan kasus yang sama, karena tidak ada kasus yang sama yang di rawat di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada saat studi kasus, sehingga penulis tidak dapat menggambarkan dan membandingkan masalah keperawatan pasien anemia, serta kurang efektifnya waktu studi kasus.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil Asuhan Keperawatan pada Tn. A. H., dengan anemia di ruang Komodo RSUD. PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang, sesuai dengan tujuan yang diharapkan antara lain :

1. Pengkajian pada kasus Tn A. H., dengan anemia yaitu keluhan utama : pasien mengatakan badan lemah dan pusing, tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah, tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. Tampak keadaan umum lemah, sclera mata ikterik, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %). Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg
2. Dalam diagnosa keperawatan pada kasus Tn A. H., tidak semua diagnosa yang tercantum dalam tinjauan pustaka tercantum pada tinjauan kasus, tetapi penulis menetapkan diagnosa sesuai masalah yang di alami oleh Tn. A. H., dimana diagnosa yang muncul yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas.
3. Intervensi yang disusun menggunakan *Nursing Outcome Clssification* (NOC) dan *Nursing Intervesion Classification* intervensi keperawatan

pada diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas, dan intervensi yang ditetapkan yaitu : 1) Monitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 2) Hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 3) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 4) Layani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 5) Layani transfuse darah. 6) Monitor adanya reaksi transfuse darah. 7) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 8) Hidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 9) Beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 10) Bantu dan temani pasien saat makan. 11) Monitor adanya penurunan berat badan makan. 12) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count). 13) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 14) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 15) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 16) Bantu pasien dalam pemberian makan

4. Pada implementasi keperawatan dengan diagnosa ketidakefektifan perfusi, jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas, tindakan yang dilakukan yaitu
 - 1) Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 2) Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 3) Memberikan edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 4) Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 5) Melayani transfuse darah. 6) Memonitor adanya reaksi transfuse darah. 7) Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 8) Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 9) Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 10) Membantu dan temani pasien saat makan. 11) Memonitor adanya penurunan berat badan makan. 12)

Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count). 13) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 14) Menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 15) Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 16) Membantu pasien dalam pemberian makan.

5. Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP). Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, hasil yang didapatkan Tn A. H., antara lain pasien merasa masih merasa pusing, kadar HB 8,9 gr/dl. Hal ini disebabkan karena penurunan suplay oksigen dalam darah yang belum tuntas penanganannya.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

4.2.2 Bagi Perawat Ruangan

Diharapkan tenaga kesehatan menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif.

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Pendidikan Diharapkan agar dapat meningkat mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional, sehingga terlahirlah perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bakta, I. M. 2003. Hematologi Klinik Dasar. Jakarta:EGC
- Doenges, M. E. 1999. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- J. C. E. UNDERWOOD, 2009. Patologi Umum dan Sistemik, Edisi 2. Editor Edisi Bahasa Indonesia : Prof. Dr. Sarjadi, dr. Sp.PA.
- Mansjoer, A. 2005. *Kapita Selekt Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Nelson. 2009. *Ilmu Kedokteran penyakit patolgi Anak vol.2*. Jakarta: EGC.
- Price, S.A, 2006, Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Jakarta : EGC
- Shahidi, NT. 2008. "Acquired Aplastic Anemia: Classification and Etiologic Consideration in Aplastic Anemia and Other Bone Marrow Failure Syndrome". *New York Springer Verlag* 2008: 25-37.
- Smeltzer, S. C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth vol.2*. Jakarta: EGC.
- Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI. 2005. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Tierney, L. 2003. *Diagnosis dan Terapi Kedokteran (penyakit dalam)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wong, D. L. 2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan Ujian Akhir Program (UAP)
2. Pengkajian RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang
3. Lembaran Konsultasi

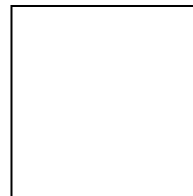
Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa SRIYATI OCTOVIANA OLANG
NIM PO. 530320116374



A. Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. A. H.
Ruang/Kamar : Komodo / A2
Diagnosa Medis : Anemia
No. Medical Record : 41 – 54 - 63
Tanggal Pengkajian : 26 – 05 - 2019 Jam : 16.00
Masuk Rumah Sakit : 20 - 05 – 2019 Jam : 15.45

Identitas Pasien

Nama Pasien	: Tn. A. H.	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir	: 58 Tahun/31 - 03 - 1961	Status Perkawinan	: Kawin
Agama	: Katolik	Suku Bangsa	: Flores
Pendidikan Terakhir	: SD	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Kelurahan Sikumana		

Identitas Penanggung

Nama	: Ny. E. H.	Pekerjaan	: PRT
Jenis Kelamin	: Perempuan	Hubungan	
		dengan klien	: Istri
Alamat	: Kelurahan Sikumana		

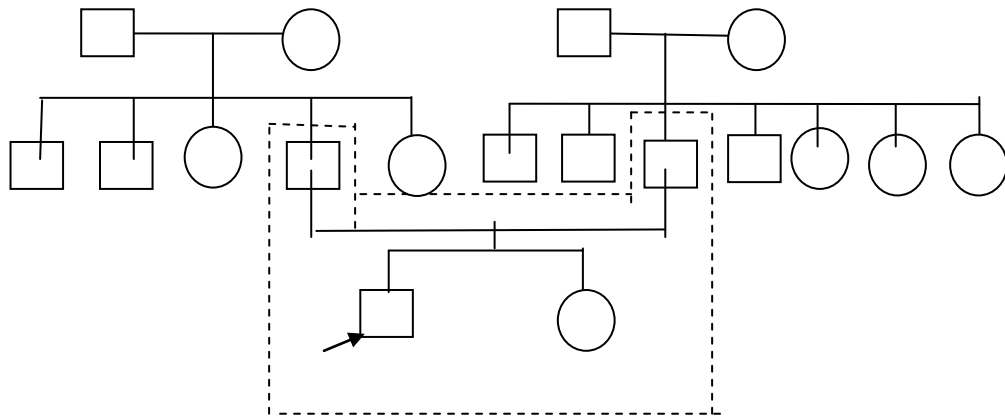
Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Badan lemah, pusing mual, muntah
 - Kapan: Sejak tanggal 20 Mei 2019
 - Lokasi: -
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan: Sejak tanggal 10 Mei 2019
 - Sifat keluhan : menetap
 - Lokasi : pada seluruh badan
 - Keluhan lain yang menyertai : kurang nafsu makan, badan lemah, pusing
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Penderita tidak mau dilakukan cuci darah
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : menetap dan sepanjang waktu.
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : mencari pengobatan di fasilitas kesehatan RS Boromeus.
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak ada
 - Riwayat alergi : tidak ada
 - Riwayat operasi: tidak pernah
4. Kebiasaan
 - Merokok
 - tidak : pasien mengatakan ia tidak merokok
 - Minum alkohol
 - Tidak : pasien tidak meminum alkohol
 - Minum kopi :
 - Tidak : pasien tidak minum kopi
 - Minum obat-obatan
 - Tidak : pasien tidak minum sembarang obat.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Genogram Keluarga:



Keterangan: : Laki-laki hidup : Pasien
 : Perempuan hidup ----- : Tinggal Serumah
Keterangan :

= Laki-laki hidup : Laki-laki meninggal
 = Perempuan hidup : Perempuan meninggal
 = Pasien

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital
 - Tekanan darah: 120/90 mmHg - Nadi : 90x/ m
 - Pernapasan : 23x/m - Suhu : 37 °C
2. Kepala dan leher
 - Kepala : simetris
 - Sakit kepala : ya, dan pusing
 - Bentuk, ukuran dan posisi :
 √ ☐ normal ☐ abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ☐ ada, √ ☐ tidak ada
 - Masa : ☐ ada, √ ☐ tidak ada
 - Observasi Wajah : √ ☐ simetris ☐ asimetri,
 - Penglihatan :
 - Konjungtiva : agak pucat
 - Sklera : ikterik
 - Pakai kaca mata : tidak

- Penglihatan kabur : tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran: Ya. Pada telinga bagian kanan
 - Nyeri : ☐ Ya ☒ tidak
 - Peradangan : ☐ Ya ☒ tidak
 - Hidung
 - Alergi Rhinnitus : ☐ Ya ☒ tidak
 - Riwayat Polip : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Sinusitis : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Epistaksis : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Tenggorokandanmulut
 - Keadaan gigi : kotor
 - Caries : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Memakai gigi palsu : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Gangguan bicara : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Gangguan menelan : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : ☐ Ya, ☒ tidak
3. Sistem Kardiovaskuler
- Nyeri Dada : tidak
 - Inspeksi :
 - Kesadaran/GCS : compos mentis = E 4. V= 5, M- 6 = 15
 - Bentuk dada : ☐ abnormal , ☒ normal
 - Bibir : ☐ sianosis ☐ normal ☒ pucat
 - dan kering
 - Kuku : ☐ sianosis ☐ normal ☒ pucat
 - Capillary Refill : ☒ Abnormal ☐ normal > 3det
 - Tangan : ☐ Edema ☒ normal
 - Kaki : ☐ Edema ☒ normal
 - Sendi : ☐ Edema ☒ normal
 - Ictus cordis/Apical Pulse: ☒ Teraba ☐ tidak teraba
 - Vena jugularis : ☒ Teraba ☐ tidak teraba
 - Perkusi : pembesaran jantung: tidak ada
 - Auskultasi :
 - BJ I : ☐ Abnormal ☒ normal
 - BJ II : ☐ Abnormal ☒ normal

Murmur :tidak ada suara napas tambahan

4. Sistem Respirasi

- Keluhan: tidak ada

- Inspeksi :

Jejas : ☐Ya, ☒tidak

Bentuk Dada : ☐ Abnormal, ☒ Normal

Jenis Pernapasan : ☐ Abnormal, ☒normal

Irama Napas : ☒teratur ☐tidak teratur

Retraksi otot pernapasan: ☐Ya ☒tidak

Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐Ya, ☒tidak

- Perkusi: Cairan : ☐Ya ☒tidak

Udara : ☐Ya ☒tidak

Massa : ☐Ya ☒tidak

- Auskultasi :

Inspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal

Ekspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal

• Ronchi : ☐Ya ☒tidak

• Wheezing : ☐Ya ☒tidak

• Krepitasi : ☐Ya ☒tidak

• Rales : ☐Ya ☒tidak

Clubbing Finger : ☒ Normal ☐ Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : klien mengatakan mual dan muntah

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : ☒ Abnormal, ☐ Normal

- Keadaan bibir : ☐lembab ☒kering dan pucat

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : pucat kering

Luka/ perdarahan : ☐Ya, ☒tidak

Tanda-tanda radang : ☐Ya, ☒tidak

Keadaan gusi : ☐ Abnormal, ☒ normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : agak kehitaman

Luka : ☐Ya, ☒tidak

Pembesaran : normal

- Keadaan rektal

Luka : ☐Ya, ☒tidak

Perdarahan : ☐Ya, ☒tidak

Hemmoroid : ☐Ya, ☒tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : ☐Ya, ☒tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 12 kali/menit

d. Perkusi: Cairan : ☐ Abnormal, ☒ normal

Udara : ☐ Abnormal, (kembung) ☒ normal

Massa : ☐ Abnormal, ☒ normal

e. Palpasi :

Tonus otot : ☐ Abnormal, ☒ normal

Nyeri : ☐ Abnormal, ☒ normal

Massa : ☐ Abnormal ☒ normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : sakit kepala dan Pusing

b. Tingkat kesadaran :compos mentis, GCS (E/M/V): E : 4 M : 5 V : 6 = 15

c. Pupil : ☒Isokor ☐anisokor

d. Kejang : ☐ Abnormal, ☒ normal

e. Jenis kelumpuhan : ☐Ya, ☒tidak

f. Parasthesia : ☐Ya, ☒tidak

g. Koordinasigerak : ☐ Abnormal, ☒ normal

h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, ☒ normal

i. Reflexes : ☐ Abnormal, ☒ normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan : tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri

b. Kelainan ekstremitas : ☐ada, ☒tidak ada

c. Nyeri otot : ☐ada ☒tidak

d. Nyeri sendi : ☐ada ☒tidak ada

e. Refleksi sendi : ☐ abnormal, ☒ normal

f. Kekuatan otot : ☐Atropi ☐ hiperthropi ☒ normal

5	5
4	3

8. Sistem Integument

- a. Rash : ☐ada, ☒tidak ada
- b. Lesi : ☐ada, ☒tidak ada
- c. Turgor : tidak elastis Warna : agak kehitaman
- d. Kelembaban : ☒ Abnormal (kering dan keriput ☐ normal
- e. Petechie : ☐ada, ☒Tidak ada
- f. Lain lain : tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : ☐ kencing menetes ☐inkontinensia ☐ retensi
☐ gross hematuri ☐disuria ☐ poliuri
☐ ☒ oliguri ☐ anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ☒ya ☐ tidak
- c. Kandung kencing : membesar ☐iya ☒tidak
nyeri tekan ☐iya ☒ tidak
- d. Produksi urine : baik
- e. Intake cairan : ☒ ☐oral :100 cc/hr ☐ parenteral :500 cc/24 jam
- f. Bentuk alat kelamin : ☐ ☒ Normal ☐Tidak normal,
- g. Uretra : ☒ ☐Normal ☐ipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
 - Keadaan payudara : ☐ Abnormal, ☐ normal
 - Riwayat Persalinan:-
 - Abortus:-
 - Pengeluaran pervagina: ☐ Abnormal, ☐ normal
 - Lain-lain:-
- c. Pria : Pembesaran prostat : ☐ada ☒tidak ada
- d. Lain-lain:tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Polamakan : baik dan teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : sebelum sakit baik, sesudah sakit nafsu makan menurun
- Makanan pantangan : telur, labu siam, patola.
- Makanan yang disukai : semua makanan selain, telur.
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1 ceret, kurang lebih 8 gelas (1600cc)

- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Alkohol dan telur
 - Sebelum sakit BB : 47 kg TB :145 cm, Lila : 19 cm
 - Penurunan BB : 8 kg, dalam waktu 6 bulan
 - 2. Perubahan selama sakit : berat badan saat ini (sakit) 39 kg
- B. Eliminasi**
1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari :3 – 5 kali
 - Bau : khas
 - b. Perubahan selama sakit : tidak ada
 2. Buang air besar (BAB)
 - a. Kebiasaan : saat kaji 1-2 x sehari
 - Warna : kuning
 - Konsistensi : lembek
 - b. Perubahan selama sakit : 3 hari belum BAB
 - c. Olah raga dan aktivitas
 - Kegiatan olah raga yang disukai : pasien mengatakan jarang berolah raga
 - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak
- C. Istirahat dan tidur**
- Tidur malam jam : 09.00 malam
 - Bangun jam : 05.00 pagi
 - Tidur siang jam : 11.00
 - Bangun jam : 12.00
 - Apakah mudah terbangun : sering terbangun
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : kegiatan gereja
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
 - Status rumah : milik sendiri
 - Cukup/ tidak : cukup
 - Bising/ tidak : tidak
 - Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (istri dan anak)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi dengan istri dan anak
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Ya
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Ya

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien dan keluarga masih belum menerima akan sakit yang diderita
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien ingin cepat sembuh dari sakitnya.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik dalam berkomunikasi

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

Dilakukan pada tanggal 20 Mei 2019 antara lain :

- 10) HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%)
- 11) Kalium darah 7,1 % (nilai normal 3,5-4,5%)
- 12) RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %).
- 13) HCT : 25,1 % (nilai normal 40-54%).
- 14) Natrium darah $125 \text{ } 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $132-147 \text{ } 10^3/\text{ul}$).
- 15) Creatinin darah $11,33 \text{ } 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $0,81-1,44 \text{ } 10^3/\text{ul}$).
- 16) Ureum darah 565,4 mmol/L (nilai normal 16,8-43,4 mmol/L).
- 17) Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %)

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : tidak dilakukan pemeriksaan
 - b. Foto esophagus, lambung, dan usus halus : tidak dilakukan pemeriksaan
 - c. Cholescystogram : tidak dilakukan pemeriksaan
 - d. Foto colon : tidak dilakukan pemeriksaan
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonographi : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Biopsy : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Colonoscopy : tidak dilakukan pemeriksaan
 - DII : tidak dilakukan pemeriksaan

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

 - Pembedahan : tidak ada

- Obat – obatan : infus NACL 500/24 jam, omeprazol 2 x 40 mg oral, metocloptamia 3 x 10 mg, Ceflyaxon 2 gram dalam Ns 100 cc (selama 74 jam) dan vitamin K 1 x 10 mg, transfuse darah (PRC).

B. Analisa Data

NO.	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data subjektif : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing. Data Obyektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Sclera mata ikterik 3. Konjungtiva anemis 4. Bibir pucat dan kering 5. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 6. CRT > 3 detik. 7. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 8. HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%) 9. RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %). 	Penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
2	Data subyektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. 2. Berat badan sebelum sakit 47 kg, Data obyektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 3. berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. 4. Pasien tampak kurus 5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput 	Asupan makanan kurang.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. yang berhubungan dengan asupan makan kurang.
3	Data subyektif : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. Data obyektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3 	Tirah baring.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan makanan kurang.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

D. Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC, Edisi Kelima

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan perifer yang efektif selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer pasien efektif.</p> <p>NOC : Domain 2 : kesehatan fisiologis, Kelas E : jantung paru, Kode 0407 : perfusi jaringan perifer yaitu kecukupan aliran darah melalui pembuluh kecil di ujung kaki dan tangan, untuk mempertahankan fungsi jaringan, meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan, tidak ada ortostatikhipertensi, tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg). 2. mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan, menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, memproses informasi, membuat keputusan dengan 	<p>NIC :</p> <p>Domain 2 : fisiologis kompleks,</p> <p>Kelas N : manajemen perfusi jaringan,</p> <p>Kode 4030 : pemberian produk-produk darah, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Monitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 3) Monitor tetesan cairan infuse. 4) Rapikan tempat tidur pasien. 5) Hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 6) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 7) Layani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 8) Layani transfuse darah. 9) Monitor adanya reaksi transfuse darah. 18) Monitor dan atur jumlah aliran darah

		<p>benar.</p> <p>3. menunjukkan fungsi sensori motor cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter</p>	<p>selama transfuse.</p> <p>19) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan.</p> <p>20) Kolaborasi pemberian terapi obat.</p>
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan.	<p>Goal : pasien akan meningkatkan keseimbangan dan kebutuhan nutrisi selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.</p> <p>NOC :</p> <p>Domain 2 : kesehatan fisiologis.</p> <p>Kelas K : pencernaan & nutrisi.</p> <p>Kode 1008 : Status nutrisi : asupan makanan & cairan , yaitu : jumlah makanan dan cairan yang masuk kedalam tubuh lebih dari suatu periode 24 jam, meningkat dari 2 (sedikit adekuat) menjadi 4 (sebagian besar adekuat).</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi, 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan, 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>NIC :</p> <p>Domain 1 : fisiologis dasar. Kelas D : dukungan nutrisi. Kode 1100 : Manajemen Nutrisi, yaitu menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang.</p> <p>Kode 1260 : manajemen berat badan.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3) Hidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 6) Beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7) Atur posisi setengah duduk. 8) Bantu dan temani pasien saat makan.

			<p>9) Monitor lingkungan selama</p> <p>10) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien.</p> <p>11) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.</p> <p>12) Monitor adanya penurunan berat badan.</p> <p>13) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit.</p> <p>14) Monitor mual dan muntah.</p> <p>15) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).</p>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas.	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas.</p> <p>Domain 1 : fungsi kesehatan.</p> <p>Kelas A : pemeliharaan kesehatan.</p> <p>Kode 0005 : toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).</p> <p>Indikator/Outcome :</p> <p>000501 : saturasi oksigen ketika beraktivitas,</p> <p>000502 : frekuensi nadi ketika beraktivitas,</p> <p>000503 : frekuensi pernapasan ketika beraktivitas,</p> <p>000508 : kemudahan bernapas ketika beraktivitas,</p>	<p>NIC :</p> <p>Domain 1 : fisiologis dasar. Kelas L : manajemen aktivitas dan latihan.</p> <p>Kode 3550 : manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <p>1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan.</p> <p>2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.</p> <p>3) Pilih intervensi</p>

		000504 : tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, 000505 : tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, 000517 : kekuatan tubuh bagian bawah.	<p>untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.</p> <p>4) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.</p> <p>5) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.</p> <p>6) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.</p> <p>7) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.</p> <p>8) Bantu pasien dalam pemberian makan.</p>
--	--	---	---

E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP

HARI PERTAMA (1)

NO. DX.	HARI/ TGL/ JAM	PELAKSANANAAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
----------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

KEP.			(SOAPIE)
1	Senin, 27 Mei 2019 08.00 08.10 08.15 08.25 08.30 09.00 09.15 09.25 09.30 09.35 09.40	1. Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 2. Memonitor tetesan cairan infuse. 3. Merapikan tempat tidur pasien. 4. Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 5. Mengedukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 6. Melayani cairan infuse NaCl 0,9% sebelum transfuse darah. 7. Melayani transfuse darah. 8. Memonitor adanya reaksi transfuse darah. 9. Memonitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. 10. Menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 11. Mengkolaborasi pemberian terapi obat.	Jam 13.00 S : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing. O : 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Sclera mata ikterik 3. Konjungtiva anemis 4. Bibir pucat dan kering 5. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 6. CRT > 3 detik. 7. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 8. HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%) 9. RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %). A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan
2	09.45 09.50 09.55 11.15 11.20 11.25 11.30 11.35	1. Mengkaji adanya alergi makanan. 2. Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3. Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 6. Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7. Mengatur posisi setengah duduk. 8. Membantu dan menemani	Jam 13.15 S : 1. Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. 2. Berat badan sebelum sakit 47 kg, Data obyektif : 1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 3. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT :

	11.45 12.00 12.05 12.10 12.15 12.20	pasien saat makan. 9. Memonitor lingkungan selama 10. Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 11. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. Monitor adanya penurunan berat badan. 12. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit. 13. Memonitor mual dan muntah. 14. Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).	18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. 4. Pasien tampak kurus 5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-14 dilanjutkan
3	10.00 10.05 10.10 10.15 10.20 10.25 10.35 10.40	1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2. Mengajukan pasien mengajukan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8. Membantu pasien dalam pemberian makan.	Jam 13.30 S : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. O : 1. Pasien tampak lemah 2. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan

F. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE
Hari Kedua (2)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Selasa, 28 Mei 2019	S : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing.
	07.30	O : 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Sclera mata ikterik 3. Konjungtiva anemis 4. Bibir pucat dan kering 5. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 6. CRT > 3 detik. 7. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 8. HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%) 9. RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %).
		A : Masalah belum teratasi
		P : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan
	08.00	I : 1. Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse.
	08.10	2. Memonitor tetesan cairan infuse.
	08.15	3. Merapikan tempat tidur pasien.
	08.25	4. Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2
	08.30	bak.
	09.00	5. Mengedukasi pasien rencana pemberian transfuse darah.
	09.15	6. Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah.
	09.25	7. Melayani transfuse darah.
	09.30	8. Memonitor adanya reaksi transfuse darah.
	09.35	9. Memonitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse.
	09.40	10. Menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan.
	13.00	11. Mengkolaborasi pemberian terapi obat.
		E : 1. Pasien mengatakan badan masih lemah dan pusing. 2. Tampak keadaan umum lemah 3. Sclera mata ikterik 4. Konjungtiva anemis 5. Bibir pucat dan kering 6. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 7. CRT > 3 detik. 8. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 9. HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%) 10. RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal

		4,0-5,5 %).
2		<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. 2. Berat badan sebelum sakit 47 kg <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 3. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. 4. Pasien tampak kurus 5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-14 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 09.45 1. Mengkaji adanya alergi makanan. 09.50 2. Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 09.55 3. Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 11.15 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 11.20 5. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 11.25 6. Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 11.30 7. Mengatur posisi setengah duduk. 11.35 8. Membantu dan menemani pasien saat makan. 11.45 9. Memonitor lingkungan selama 12.00 10. Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.05 11. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. Monitor adanya penurunan berat badan. 12.10 12. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit. 12.15 13. Memonitor mual dan muntah. 12.20 14. Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count). 13.15 <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. 2. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 3. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 4. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. 5. Pasien tampak kurus 6. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput
3		S : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan

		kegiatan sehari-hari. O : 1. Pasien tampak lemah 2. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan I :
	10.00	1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan.
	10.05	2. Mengajukan pasien mengajukan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.
	10.10	3. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.
	10.15	4. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.
	10.20	5. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.
	10.25	6. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.
	10.35	7. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.
	10.40	8. Membantu pasien dalam pemberian makan.
	13.30	E : 1. Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. 2. Pasien tampak lemah 3. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3

G. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

Hari Ketiga (3)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Rabu, 29 Mei 2019 07.30	S : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing. O : 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Sclera mata ikterik 3. Konjungtiva anemis 4. Bibir pucat dan kering 5. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 6. CRT > 3 detik. 7. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C

		<p>8. HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%)</p> <p>9. RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %).</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>08.00 1. Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse.</p> <p>08.10 2. Memonitor tetesan cairan infuse.</p> <p>08.15 3. Merapikan tempat tidur pasien.</p> <p>08.25 4. Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak.</p> <p>08.30</p> <p>09.00 5. Mengedukasi pasien rencana pemberian transfuse darah.</p> <p>09.15 6. Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah.</p> <p>09.25 7. Melayani transfuse darah.</p> <p>09.30 8. Memonitor adanya reaksi transfuse darah.</p> <p>09.35 9. Memonitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse.</p> <p>10. Menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan.</p> <p>09.40 10. Mengkolaborasi pemberian terapi obat.</p> <p>13.00 E :</p> <p>1. Pasien mengatakan badan masih lemah dan pusing.</p> <p>2. Tampak keadaan umum lemah</p> <p>3. Sclera mata ikterik</p> <p>4. Konjungtiva anemis</p> <p>5. Bibir pucat dan kering</p> <p>6. Kuku tangan dan kuku kaki pucat,</p> <p>7. CRT > 3 detik.</p> <p>8. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C</p> <p>9. HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%)</p> <p>10. RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %).</p>
2		<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah.</p> <p>2. Berat badan sebelum sakit 47 kg</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput,</p> <p>2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan,</p> <p>3. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5,</p>

		<p>BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg.</p> <p>4. Pasien tampak kurus</p> <p>5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-14 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>09.45 1. Mengkaji adanya alergi makanan.</p> <p>09.50 2. Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal.</p> <p>09.55 3. Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi.</p> <p>11.15 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe.</p> <p>11.20 5. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C.</p> <p>11.25</p> <p>11.30 6. Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan.</p> <p>11.35 7. Mengatur posisi setengah duduk.</p> <p>11.45 8. Membantu dan menemani pasien saat makan.</p> <p>12.00 9. Memonitor lingkungan selama</p> <p>12.05 10. Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien.</p> <p>12.10 11. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. Monitor adanya penurunan berat badan.</p> <p>12.15 12. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit.</p> <p>12.20 13. Memonitor mual dan muntah.</p> <p>13.15 14. Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).</p> <p>E :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah.</p> <p>2. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput,</p> <p>3. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan,</p> <p>4. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg.</p> <p>5. Pasien tampak kurus</p> <p>6. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput</p>
3		<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak lemah</p>

		<p>2. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>10.00 1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan.</p> <p>10.05 2. Mengajukan pasien mengajukan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.</p> <p>10.10 3. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.</p> <p>10.15 4. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.</p> <p>10.20 5. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.</p> <p>10.25 6. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.</p> <p>10.35 7. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.</p> <p>10.40 8. Membantu pasien dalam pemberian makan.</p> <p>13.30 E :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>2. Pasien tampak lemah</p> <p>3. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3</p>
--	--	--



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN
PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**



Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp : (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : SRIYATI OCTOVIANA OLANG

NIM : PO. 530320116335

NAMA PEMBIMBING : Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep,

M.Kep

NIP : 198106302005012001

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1			
2.			
3.			

4.			
5.			
6			
7.			
8.			